**苏州市参保职工医疗保险退缴申报表**

单位名称（章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 证件号码 | 退缴开始年月 | 退缴结束年月 | 月缴费基数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

单位填报人： 联系电话： 医保机构经办人（章）： 填报日期: 年 月 日

说明：

1、本表一式两份，参保单位、医保经办机构各一份。

2、本表格适用于园区用人单位向医保经办机构申请退缴所属期为2023年11月及以前的费用。